

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 49

Le Traitement du Blepharospasme par les injections d'alcool

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 8 Novembre 1939

PAR

Robert DELORD

Né le 14 Janvier 1915, à Montpellier (Hérault)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs	{	DEJEAN, professeur, <i>président</i>	{	<i>Assesseurs</i>
de la Thèse		VILLARD, professeur EUZIERE, professeur, HARANT, agrégé		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DU PROGRES
7, Rue Castel-Moton - Téléphone 51-85

1939

**Le Traitement du Blepharospasme
par les injections d'alcool**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 49

Le Traitement du Blepharospasme par les injections d'alcool

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 8 Novembre 1939

PAR

Robert DELORD

Né le 14 Janvier 1915, à Montpellier (Hérault)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs de la Thèse	{	DEJEAN, professeur, <i>président</i> VILLARD, professeur EUZIERE, professeur, HARANT, agrégé	}	Assesseurs
---------------------------	---	---	---	------------

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DU PROGRES

7, Rue Castel-Moton - Téléphone 51-85

1939

Personnel de la Faculté

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	L. HEDON.
Chimie biologique et médicale et toxicologie	CRISTOL.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	BAUMEL.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET.
Clinique médicale	GIRAUD.
Clinique chirurgicale	RIMBAUD.
Clinique obstétricale	MASSABUAU, assesseur.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	RICHE.
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge	P. DELMAS.
Clinique de dermatosyphiligraphie	EUZIERE, doyen.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BOUDET.
Clinique des maladies des voies urinales	MARGAROT.
Clinique gynécologique	ETIENNE.
Clinique ophtalmologique	JANBRAU.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LAPEYRE.
Radiologie (ch. de c.)	DEJEAN.
Anatomie (ch. de c.)	TERRACOL.
Histologie (ch. de c.)	LAMARQUE.
Propédeutique chirurgicale	LAUX.
	GGRANEL.
	AIMES.

Honorariat

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS
GALAVIELLE, BOSCH, VIREN, VILLARD, CABANNES, GRYNFELT

Chargé de cours complémentaires

Pathologie externe	MOURGUE-MOLINES.
Médecine opératoire	ROUX, agrégé.
Chirurgie expérimentale	GUIBAL, agrégé.
Clinique pathologique	VIDAL, Prof.
Pathologie médicale et clinique prodédeutique	N...
Clinique prodédeutique médicale	P. RIMBAUD, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses	JANBON, Prof.
Stomatologie	Dr FERRIER, ch. de c.
Histoire naturelle médicale	Dr HARANT, agrégé.

Agrégés en exercice

Médecine. MM. P. RIMBAUD.	Chirurgie	MM. MOURGUE-MOLINES
BOUCOMONT.		GUIBAL.
BERT.		ROUX.
	Urologie	TRUC.
	Chimie	MONNIER.
	Bactériologie	CARRERE.
	Ophtalmologie	DEJEAN.
	Obstétrique	CADERAS DE KERLEAU.

Examinateurs de la thèse

DEJEAN, professeur, *président*
VILLARD, professeur

EUZIERE, professeur
HARANT, agrégé

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MERE

*Faible témoignage de ma
profonde reconnaissance.*

A MON PERE

*à qui je dois ce que je suis:
un homme, un soldat, un mé-
decin.*

A MES GRANDS-PARENTS

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A MON PARRAIN LE DOCTEUR AIME DELORD

A MA MARRAINNE
MADEMOISELLE MARGUERITE THEROND

A MON JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEJEAN

MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR EUZIERE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE HARANT

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR GIRAUD

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEENHARDT

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAPEYRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR Dr PAUL DELMAS

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE
CADERAS DE KERLAU

MONSIEUR LE PROFESSEUR RICHE

A MES CONFERENCIERS D'EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ
CADERAS DE KERLAU

MONSIEUR LE DOCTEUR MAS

MONSIEUR LE DOCTEUR HERAN

A MES CONFERENCIERS D'INTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ
CADERAS DE KERLAU

MONSIEUR LE DOCTEUR MAS

MONSIEUR LE DOCTEUR JOYEUX

MONSIEUR LE DOCTEUR GODELWSKI

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS
DE PARENTE OU DE CŒUR

LE TRAITEMENT DU BLEPHAROSPASME PAR LES INJECTIONS D'ALCOOL

Le blépharospasme est la contraction énergique, involontaire, spasmodique de l'orbiculaire des paupières, réalisant la contraction des paupières.

Il nous a paru intéressant à l'occasion d'une observation récente du Docteur Delord (Emile), d'étudier en détail cette question. Elle touche à la fois à l'ophtalmologie et à la neurologie.

Tout d'abord, il est utile en vue de la technique des injections d'alcool, de décrire sommairement l'orbiculaire des paupières et le nerf facial dans ses terminaisons périphériques.

L'orbiculaire des paupières est formé de fibres concentriques disposées autour de l'orifice palpébral et s'étendent au-delà du rebord orbitaire. Les faisceaux se recouvrent partiellement comme les tuiles d'un toit.

On peut le diviser en deux parties : la partie palpébrale et la partie orbitaire.

La partie palpébrale comprend des faisceaux musculaires très différents :

— les uns sont marginaux; ils sont placés devant des bulbes pileux des cils;

— les autres sont au-devant du tarse.

D'autres faisceaux se trouvent en dehors des précédents. Ils s'arrêtent au niveau du rebord orbitaire. Le muscle de Riolan se trouve profondément près du bord libre.

Enfin les faisceaux lacrymaux entourent les canaux lacrymaux.

La portion orbitaire qui est mince et étalée, recouvre la région qui se trouve au-delà du rebord orbitaire.

Dans le blépharospasme, c'est surtout la portion palpébrale qui est contractée et surtout les fibres les plus voisines du bord palpébral.

*Le nerf moteur de l'orbiculaire des paupières
est le facial*

En réalité on doit considérer le facial comme un nerf mixte par suite de sa branche sensitive, le nerf intermédiaire de Wrisberg. Sa partie motrice seule nous intéresse.

La voie motrice centrale du facial est la voie cortico-spinale. Le centre facial cortical est situé à la partie inférieure de la circonvolution frontale ascendante. Mais il y aurait un second centre moteur localisé au niveau de l'opercule frontal. Ce double centre permet d'expliquer la relative intégrité des muscles innervés par le facial supérieur dans l'hémiplégie.

Quelle est l'origine réelle du facial? Le noyau du facial se trouve dans l'épaisseur de la protubérance annu-

laire. Les cellules innervant l'orbiculaire des paupières sont situées à la partie postérieure du noyau du facial.

L'origine apparente se trouve dans le sillon bulbo-protubérantiel. De là, le facial se dirige en avant et en dehors vers l'orifice interne du conduit auditif interne. Il parcourt ce conduit avec le nerf accoustique. Il pénètre ensuite dans le canal de Faloppe. Il sort du crâne par l'orifice stylo-mastoïdien. Puis il pénètre dans la glande parotide et se divise en deux branches, l'une temporo-faciale, l'autre cervico-faciale.

La branche temporale donne les rameaux palpébraux destinés au muscle orbiculaire des paupières. Ces rameaux sont profonds, au contact du périoste et ils se dirigent en éventail vers l'orbiculaire.

Tous ces détails permettent d'expliquer la technique des injections d'alcool dans le traitement du blépharospasme.

SYMPTOMES DU BLEPHAROSPASME

Il peut atteindre un seul œil, mais le plus souvent l'occlusion est bilatérale.

Le blépharospasme peut être intermittent, survenant par crises de durée plus ou moins longue. Il peut être permanent.

De même l'occlusion peut être plus ou moins énergique. Souvent il est très difficile d'écarter les paupières

et il est nécessaire d'avoir recours au releveur pour se rendre compte de l'état de la cornée et du globe oculaire. Dans ce cas, le sourcil est affaissé; le front est déplissé; la paupière inférieure est ridée comme la paupière supérieure. Le doigt appliqué sur la paupière sent de petites contractions fibrillaires.

L'occlusion s'accompagne souvent de photophobie.

En examinant le globe oculaire, on peut constater, suivant la cause du blépharospasme, des lésions de la cornée ou de la conjonctive. D'autres fois l'intégrité du globe oculaire est absolue; il n'y a ni rougeur, ni douleurs, ni lésions de voisinage. Il s'agit dans ces cas de blépharospasmes sans lésions apparentes.

L'occlusion prolongée des paupières est une forte gêne pour la vision. Les malades sont souvent dans l'impossibilité de vaquer à leurs occupations et même de se conduire. La malade qui a été observée par le Docteur Delord (Emile), a été conduite chez lui par son fils, comme une aveugle. Les enfants atteints de blépharospasme par suite de kératite impétigieuse, restent toute la journée les yeux fermés dans un coin sombre de la chambre.

Il n'y a parfois aucun rapport avec la lésion du globe oculaire qui peut être minime et le spasme palpébral qui peut être intense.

Il s'agit en réalité d'un réflexe dont le point de départ peut être oculaire ou périoculaire.

Or, le tempérament névropathique plus ou moins intense du malade donne dans chaque cas des réactions plus ou moins violentes.

Il faudra rechercher dans tous les cas, quel est l'état névropathique du malade. Un examen neurologique est souvent indispensable.

C'est pour cette raison que les observations de blépharospasme ont été fréquemment relatées dans les réunions et Congrès oto-neuro-ophtalmologiques depuis quelques années.

C'est également pour cette raison, comme nous le verrons plus loin, que la question des blépharospasmes essentiels, c'est-à-dire sans cause apparente, a vu son importance diminuée par suite des connaissances neurologiques récentes.

DIAGNOSTIC

L'occlusion énergique des paupières, avec spasme intense, est facile à constater. Toutefois on pourrait parfois confondre avec une blépharo-tic.

En effet le blépharo-tic est bien un mouvement involontaire convulsif comme le blépharospasme. Mais il s'en différencie par les caractères suivants :

— Le blépharo-tic débute par un geste qui a une raison d'être, qui a une cause définie ; le blépharo-tic continue ensuite, bien que la cause ait disparu. De plus il intéresse non un seul muscle, mais un groupe musculaire. Enfin il est sous la dépendance de l'état mental du malade.

ETIOLOGIE DES BLEPHAROSPASMES

Quelles sont les causes du blépharospasme?

Le diagnostic étiologique est nécessaire à faire pour savoir quels sont les blépharospasmes qui sont justiciables de la thérapeutique par les injections d'alcool.

1° On voit d'abord des blépharospasmes dans les kérato-conjonctives impétigineuses.

Le cas est fréquent de constater chez les enfants atteints de lésions de la cornée une contraction énergique des paupières. Ces enfants se cachent dans quelque coin obscur de la chambre; ils se couvrent la figure de leurs mains et s'opposent si énergiquement à toute tentative d'écartement des paupières que le médecin éprouve de grandes difficultés pour l'examen du globe oculaire. Cet état persiste pendant des jours et des semaines, et ne cesse qu'avec la guérison des lésions oculaires.

La présence d'un corps étranger de la cornée ou de la conjonctive, peut produire les mêmes symptômes. De même les brûlures de la conjonctive par gaz de combat (ypérite). Signalons encore le trachome. Dans ce cas, il s'agit d'un blépharospasme symptomatique de lésions du

globe oculaire. La thérapeutique est très efficace, mais à condition que les soins soient donnés régulièrement par le médecin, qui sera le plus souvent obligé d'employer le releveur des paupières pour vaincre la contraction des paupières.

2° L'occlusion énergique des paupières peut amener chez les personnes âgées, un entropion spasmodique des paupières inférieures. Il s'agit là d'un cas particulier pour lequel on a préconisé les injections d'alcool dans l'épaisseur de l'orbiculaire à la paupière inférieure.

3° Le point de départ du réflexe peut aussi être palpébral; dans l'eczéma, le trichiasis, on peut trouver un spasme des paupières. Terson a insisté sur la présence des fissures qu'on trouve dans l'angle palpébral à la commissure externe.

4° Le point de départ du réflexe produisant le blépharospasme peut être dentaire. Une carie dentaire s'accompagnant ou non de douleurs peut être en cause. Ce blépharospasme est unilatéral. Il a été bien décrit par Fromaget. L'avulsion de la dent amène aussitôt la guérison.

5° Je n'insiste pas sur les blépharospasmes professionnels, chez les tireurs, les astronomes, les mireurs de canon qui sont habitués à fermer un œil.

6° Il reste à parler des blépharospasmes dits essentiels, survenant sans cause apparente, sans cause locale ou régionale. Or, ce groupe qui comprenait jadis un si grand nombre de blépharospasmes, a vu peu à peu son importance diminuer à mesure des progrès de nos connaissances neurologiques.

On sait que dans le syndrome sympathique postérieur, il peut exister un blépharospasme. Euzière, Viallefont, Castagné et Lafon, en 1932, en ont signalé un cas coïncident avec un rhumatisme vertébral cervical.

On peut voir aussi un blépharospasme accompagnant un syndrome parkinsonien post-encéphalitique. Paulian a décrit le « spasme des orbiculaires fermés ». Ce spasme peut se produire au moment du commandement d'« ouvrir les yeux », et cesser quand le sujet renonce à faire ce mouvement. La vision peut être longtemps gênée par ce spasme. Le spasme peut être intense et durable, ou bien passager. Il peut s'accompagner de spasme de la convergence et de spasme des droits inférieurs. Il peut y avoir aussi d'autres séquelles encéphalitiques.

Mais il existe aussi des blépharospasmes post-encéphalitiques en dehors du syndrome parkinsonien. Dans ces cas il s'agit de blépharoclonies qui font partie d'un ensemble de myoclonies faciales intéressant les lèvres ou le pharynx.

Enfin, d'autres blépharospasmes sont de type sénile en dehors de toute névraxite. Ils seraient redoutables dans l'opération de la cataracte, si nous n'avions pas la possibilité de les faire cesser au moment de l'opération, en faisant l'akinésie palpébrale de Villard et Van Lint.

Je signale encore qu'on a observé un blépharospasme symptôme précoce d'un tabès dorsal.

Abadie a noté chez certains neurasthéniques un spasme nocturne des paupières; ces malades ne peuvent ouvrir les yeux la nuit qu'après un long effort.

Genet a observé un soldat qui avait conservé une photophobie excessive, malgré la guérison de sa kératite par gaz asphyxiants.

Que penser maintenant des blépharospasmes dit hystériques. Ce groupe comprenant des malades qui présentaient de l'hypéresthésie cutanée, du rétrécissement du champ visuel avec des points de commande du spasme qu'on décrivait avec détails dans les régions frontales, sus et sous-orbitaires. Mais tous ces signes sont aujourd'hui discutés et incertains. Le rôle de l'hystérie dans ces spasmes est actuellement des plus minimes.

Après avoir énuméré toutes les causes possibles de blépharospasmes, nous sommes obligés de constater qu'il en reste un certain nombre de cas pour lesquels nous ne pouvons trouver aucune étiologie nette et que nous devons étiqueter « essentiels ». C'est un de ces malades qui fait le sujet de l'observation décrite ci-après du docteur Delord.

TRAITEMENT DU BLEPHAROSPASME

La plupart des blépharospasmes symptomatiques, à des lésions cornéennes ou conjonctivales cessent dès que la cause est supprimée.

L'atropine faisant cesser l'iritis est un facteur appréciable pour la guérison.

La thérapeutique lacrymale, le cathétérisme sont parfois suivis d'heureux résultats. Les soins dentaires sont

souvent nécessaires. Terson, dans les fissures de l'angle externe, conseille la dilatation forcée des paupières.

Le traitement général, l'hygiène, l'hydrothérapie, le bromure de potassium sont toujours indiqués. La morphine, le gardénal ont été conseillés dans les spasmes encéphalitiques.

Le plus souvent le blépharospasme résiste aux médications précédentes. Il faut avoir recours à un traitement plus énergique. L'alcoolisation du nerf ou des branches du nerf facial peut être employée avec succès.

L'alcoolisation a été faite par injection au trou stylo-mastoïdien, avec un centimètre cube d'alcool à 80° L'injection est précédée d'une injection de novocaïne. Il peut se produire à la suite de l'injection, une lagophthalmie plus ou moins prononcée qui peut durer plusieurs semaines, mais qui disparaît ensuite peu à peu.

L'injection d'alcool peut être pratiquée aussi suivant les indications de Van Lint, au niveau du rebord inféro-externe de l'orbite.

Enfin il semble que la meilleure technique est celle qui a pour but d'atteindre les filets du facial dans leur trajet terminal à la tempe et tout près de la commissure externe.

Voici la technique qui a été pratiquée dans l'observation du Docteur Delord et qui a été suivie de guérison.

— Tout d'abord l'injection d'alcool doit être pratiquée profondément pour atteindre les filets du facial qui cheminent au voisinage du périoste.

— L'alcool doit être à 80°.

— L'injection doit être précédée d'une injection de novocaïne à 1 %.

— Quelle est la quantité d'alcool à injecter? On peut injecter 1 à 2 centimètres cubes d'alcool à chaque tempe.

— Où faire ces injections? Il semble que la technique de ces injections doit s'inspirer des indications que Villard a données dans les *Annales d'Oculistique* de 1919. Il s'agit de la paralysie temporaire des paupières dans l'opération de la cataracte par l'injection de novocaïne. Villard conseille pour obtenir une akinésie palpébrale parfaite :

1° Une injection verticale dans la région malaire orbitaire de la commissure externe ;

2° Une injection horizontale faite au-dessous du rebord orbitaire inférieur.

Ces deux injections sont ordinairement suffisantes. Mais on peut les compléter par trois injections de supplément ; ces trois injections partent de la commissure externe et se dirigent en éventail vers la parotide.

De Saint-Martin, désireux d'obtenir une akinésie palpébrale de longue durée, ajoute à la novocaïne de l'alcool pour obtenir le repos palpébral pendant plusieurs jours, après l'opération intra-capsulaire de cataracte.

L'injection d'alcool dans le traitement du blépharospasme peut s'inspirer de cette technique. Toutefois la quantité d'alcool à injecter pour le blépharospasme est bien moindre que celle de novocaïne pour l'akinésie palpébrale.

Il faut donc adopter ou bien les deux premières injections, l'une verticale, l'autre horizontale près de la commissure externe, ou bien les injections rayonnantes en éventail de la région temporale.

C'est cette dernière technique qui a été adoptée par le Docteur Delord (Emile) et qui a été suivie d'un succès complet.

Les injections d'alcool donnent habituellement un résultat éphémère et doivent être renouvelées. Ce n'est souvent qu'après plusieurs injections que la guérison est définitive.

Fuchi a dit que dans le blépharospasme, tout réussit et tout échoue.

Il est donc possible que les injections d'alcool soient insuffisantes dans certaines blépharospasmes.

Certains ont alors préconisé la cauthoplastie; d'autres les résections partielles de l'orbiculaire.

Friède a conseillé dans les cas rebelles, la névrectomie périphérique.

Il fait une incision de 4 à 5 centimètres dans la région temporale à 2 centimètres du rebord orbitaire externe. Le muscle et les divers fascias sont reséqués sur une longueur de 4 centimètres environ, et une largeur de 1 centimètre jusque sur le périoste. Les deux yeux peuvent être opérés dans la même séance. Il n'y a pas de parésie consécutive, puisque l'opération ne supprime qu'une partie des fibres du facial.

Telles sont les diverses interventions qui ont été pratiquées dans la cure du blépharospasme. Nous avons insisté sur les injections d'alcool à la tempe, le long des filets temporaux du facial, car il s'agit d'un procédé sans danger, ne nécessitant aucun séjour dans une clinique ou à l'hôpital. C'est donc un traitement ambulatoire. Nous ajoutons que ce traitement est presque indolore, grâce aux injections préalables de novocaïne.

OBSERVATION

*Observation fournie par le Docteur Delord Emile
de Nîmes*

Madame D..., d'Arles, 54 ans, est venue en consultation chez moi pour la première fois le 9 avril 1935.

Elle raconte que ses troubles oculaires remontent à 5 ans. Ils sont survenus insidieusement.

Elle les décrit de la manière suivante :

— Une contraction violente des paupières survenait plusieurs fois par jour. A ce moment il lui était impossible d'ouvrir les yeux, au point qu'il lui était difficile de se conduire et de se livrer aux travaux de ménage.

Dans l'intervalle, elle constatait que la vision était excellente ; les yeux n'étaient ni rouges ni douloureux.

Elle a tenu déjà des compresses chaudes. Elle a instillé divers collyres. Le tout sans résultat. Les calmants généraux n'ont eu aucune action sur ses lésions.

Mme D., a eu toujours une excellente santé. On ne relève dans ses antécédents personnels, familiaux, ou héréditaires, aucun trouble pathologique.

Les crises de contractions énergiques des paupières ont été de plus en plus nombreuses.

Actuellement les troubles sont permanents
Elle a été conduite chez moi par son fils comme une aveugle.

Examen oculaire

Ce qui frappe au premier abord, c'est une contraction énergique des paupières aux deux yeux. Il y a blépharospasme intense.

La malade essaye parfois d'ouvrir les paupières. Elle y parvient parfois pendant quelques secondes, mais le spasme reparait ensuite, aussi intense qu'auparavant.

Avec les doigts, il est très difficile d'écarter les paupières. Cependant, les instillations de cocaïne amènent une légère accalmie qui rend possible l'examen du globe oculaire.

Les pupilles sont légèrement inégales. La gauche est un peu plus petite. Les réflexes sont normaux.

Le fond d'œil ne présente aucune altération.

Il n'y a pas de rougeur, pas de strabisme, pas de diplopie. La sensibilité des cornées, celle de la peau des deux paupières supérieures et des régions périorbitaires ne présentent aucune modification.

On trouve aux deux yeux une myopie légère de 0,75 dioptrie à chaque œil. Pas d'astigmatisme.

L'acuité visuelle après correction est de 9/10 à chaque œil.

Par ailleurs l'état général est excellent.

Il n'y a ni sucre ni albumine dans les urines.

L'examen du nez, du rhino-pharynx, l'examen de la dentition est complètement négatif.

Un examen neurologique a été pratiqué par le Docteur Pitot, Neurologue au Centre Médical Gaston Doumergue de Nîmes: « Votre malade dit-il, est en effet atteint de blépharospasme intense avec myosis à gauche. Il n'y a aucun signe neurologique à signaler. Tout est normal.

» Cependant, on trouve au niveau des dernières cervicales gauches une légère hypéresthésie et une légère douleur à la pression des masses latérales des quatrième et cinquième cervicales. Si ces symptômes se confirmaient on pourrait penser à une lésion du sympathique cervical. On voit ces signes accompagnés de myosis dans certaines arthrites cervicales rhumatismales sous le nom de *syndrome sympathique antérieur*.

Les signes précédents mentionnés par le Dr Pitot n'ont pas été retrouvés aux examens consécutifs et l'hypothèse d'un syndrome sympathique antérieur a dû être abandonné.

L'examen du sang a donné les indications suivantes:

Urée sanguine	0,30
Wassermann	négatif

Le diagnostic de blépharospasme bilatéral essentiel a été porté sans qu'il soit possible d'expliquer le myosis de l'œil gauche.

TRAITEMENT

Je me suis d'abord efforcé de corriger la réfraction par des verres.

Lunettes corrigeant la myopie, lunettes corrigeant la presbytie.

J'ai prescrit également à mon tour, des calmants généraux.

La malade a été revue le 4 juillet 1935; son état ne présentait aucune modification.

J'injectai alors à chaque temps, près la commissure, deux centimètres cubes d'une solution de novocaïne à 2 %; puis j'injectai un centimètre cube d'alcool à 80° à chaque tempe.

Le résultat immédiat fut surprenant. Le bléphasospasme céda immédiatement et la malade toute étonnée, ouvrit largement les yeux.

La guérison dura deux mois, puis survint une récurrence.

Le 30 septembre 1935, nouvelle injection d'alcool à 80° de un centimètre cube à chaque tempe.

La guérison fut encore immédiate et dura 3 mois; puis survint encore la récurrence.

Le 11 février 1936, troisième injection d'alcool. Guérison pendant 5 mois.

Le 6 juillet 1936, quatrième injection d'alcool, et prescription de lunettes à doubles foyers

Cette fois la guérison fut définitive; elle s'est maintenue complète et totale. La malade a été revue le 7 octobre 1939; depuis plus de trois ans, elle n'a plus eu de crise de blépharospasme.

L'examen du 7 octobre 1939 montre d'abord que les deux yeux sont emmétropes; la myopie a disparu.

La malade déclare que la guérison a été obtenue par les injections d'alcool, mais elle ajoute aussi qu'elle s'est surtout trouvée très améliorée par les verres à doubles foyers.

Le myosis de l'œil gauche persiste. Et je prescrivis encore des verres à doubles foyers avec un verre plan pour voir de loin à chaque œil et un verre sphérique de + 3 dioptries pour voir de près à chaque œil.

Cette observation montre bien que les injections d'alcool à 80° sont susceptibles de guérir un blépharospasme dit essentiel. Les injections d'alcool ont été précédées par des injections de novocaïne, pour éviter les douleurs. Les injections ont été faites suivant la technique que M. le Professeur Villard et Van Lint ont décrite pour l'akinsie palpébrale avant l'opération de la cataracte. Un centimètre cube d'alcool a été suffisant, mais le degré d'alcool a été assez élevé; nous avons toujours employé l'alcool à 80°. Plusieurs injections ont été nécessaires pour la guérison. Ce n'est qu'après la quatrième injection que la guérison a été définitive.

Il est d'ailleurs possible que la myopie de 0,75 dioptrie constatée en 1935 ait été une myopie spasmodique, qui a disparu peu à peu; cette disparition coïncidant avec la guérison de la malade.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — *Bull. So. Paris*, 1925, p. 504.
- ABADIE et DUPUY-DUTEMPS. — *Ar. d'O.* 26, 1906, p. 70-74
- AUBARET et MORENON. — *Rev. Oto-Neuro Oc.* 1927, p. 294
- ALAJOUANINE, BOUDIN et MARIE. — *Bull. Soc. Méd. Hôp.*
23 décembre 1932.
- ALAJOUANINE et THUREL. — *Rev. Neur.*, 2, 1932 p. 681.
- BERCHER, POMME et DUQUET. — Spasmes faciaux d'origine dentaire. *Presse Médicale* n° 43, 19 juin 1935.
- BARRE, WEILL et TERRACOL. — *Rev. Oto. Neuro, Oc.*, 7,
1929, p. 527.
- BABINSKY. — *Rev. Neur.*, 1905, p. 443.
- BEAUVIEUX, DELMAS, MARSALET et DESPONT. — *Rev. Oto. Neuro, Oc.*, 8, 1931.
- BOLLACK. — Manifestations oculaires de l'encéphal. lét.
Ann. d'Oc. 157, 1920, p. 352 à 365
- BOURGUIGNON. — *Rev. Neur.*, 7 déc., 1922, p. 1488
— *Rev. Neur.*, 1921, p. 462.
- BOGAERT et BELBECKE. — *Rev. Neur.*, 1926, p. 269.
- BRISSAUD. — Leçons sur mal. nerv., 1895.
- CLAUDE et LÉVY. — *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 7 mars 1913.
- CANTONNET et VINCENT (Clovis). — *Bull. S. O. Paris*, 1925
p. 429-492.

- CHEVALLEREAU et CHAILLOES. — *Ann. d'Oc.* 129, avril 1903, p. 247-252.
- CHAVANY. — *Presse Médicale*, 22 avril 1933.
- CORNUELL. — The treatment of obstinate cases of blepharospasms by forced dilatation, of the sphincter palpebrum. *Trans. Chio. Med. Soc. Columbo*, 35, 1880, p. 73-82.
- DUPUY, DUTEMPS. — *Bull. S. F. O.*, 1921, p. 560.
— *Bull. S. O. Paris*, 1925, p. 499.
- DE MASSARY. — *Rev. Neur.*, 1905, p. 449.
- DUPUY DUTEMPS. — Cours de Neurologie oculaire. *Saint-Antoine*, 1920.
- DREYFUS. — *Rev. Oto-Neuro. Oc.*, mars 1925.
- DISERTORI. — *Rev. d'Oto-Neuro Oc.*, 12, 1934, p. 190.
- DAMALIX. — *Ar. d'O.*, 2, 1881, p. 429-441.
- EUZIÈRE, VIALLEFONT, CASTAGNÉ et LAFON. — *Bull. S. Méd. et Biol. de Montpellier*, 2 déc. 1932.
- FOIX et LAGRANGE. — *Rev. Neur.* 1923, p. 556.
- FROMAGET. — *Bull. S. F. O.*, 37, 1924, p. 97.
- ELLIS (Ch. W.). — *Ar. Of. Oto. Laryng. Chicago*, fév. 1932.
- GENET. — *Soc. Oph. de Lyon*, juin 1919.
- GÉRARD. — Clinique Opht., juin 1937.
- GUILLAIN et THUREL. — *Rev. Neur.*, 1932, 2 p., 677.
- GINESTOUS. — *Gaz. hebd. méd. de Bordeaux*, 21 février 1929.
- GENET et ALLOIN. — *Soc. Oto Rhino, Opht., Lyon*, 7 mai 1932.
- HAUER. — Blepharospasm. Symptom. précoce du tabès dorsal. *Klin. Mon. f. Aug.* 80, 1931, p. 361.
- LAZARESCO et Mme TRIANDOF. — *S. Roumaine d'Oph. de Bucarest*, 11 mars 1932.

- LÉVY. — *Bull. S. O. Paris*, 1925, p. 494.
LÉVY (Mlle (G.)). — *Thèse Paris*, 1922.
LINT (Van). — *Ar. d'O.* 38, 1921, p. 628-630
KREBS. — *Thèse Paris*, 1922.
MONBRUN et TSOCANAKIS. — *Rev. d'Oto. Neuro. Oc.* 12, 1934, p. 694-696.
MADAN (K. E.), *Brit. J. O.*, août 1927, p. 338-395.
MEIGE. — *Rev. Neur.*, 1905, p. 449.
— *Rev. Neur.*, 1910, p. 437.
MARIN AMAT. — *Ar. de C. Hisp. A.*, sept. 1923, p. 580.
POULARD et AZELIN. — *Bull. S. O. Paris*, 192, p. 313 et 511.
PAULIAN. — *Paris Méd.*, 14 novembre 1925.
PAPASTRATIGAKIS. — *Rev. Neur.* 1922, 1, p. 177.
PAULIAN. — *Paris Méd.*, 14 novembre 1926.
PASCHEFF. — *Bull. S. F. O.*, 43, 1930, p. 441-445.
ROBINEAU et HAGUENEAU. — Section du facial et sympathectomie cervicale sup. dans l'hémispasme fac. essentiel. *Soc. Neur. Paris*, 6 mars 1930.
ROGER. — *Rev. Oto-Neuro. Oc.*, 12, 1934, p. 350-355.
SEDAN (Jean). — *Traité de Chirurgie*, t. III, p. 1109.
SICARD et REILLY. — *Rev. Neur.* 1913, p. 696.
SACHS. — *Wien. Klin. W.*, 38, 1925, n° 8.
SCHIECK et BRUCKNER. — *Handbuch de ophtalmologie.*, Verl. v. J. Springer, Berlin, 1930
SCHERRINGTON. — *The integrat. Act. of. nerv. syst.* p. 252.
SICARD et HAGUENEAU. — *Rev. Neur.*, 1925, p. 228.
SOUQUES et BLAMOUTIER. — *Rev. Neur.*, 1923, p. 739.
SOUQUES, CASTERAN et BARUK. . . *Rev. Neur.*, 1925, 2, p. 100.

SAFAR et SPITZMULLER. — Zf. aug. 76, n° 6, p. 337.

TERRIEN, SCHAEFFER et BLUM. — *Rev. Oto Neuro Oc.*, 1, 1929, p. 131.

TERRIEN et COUSIN. — App. de l'œil en méd. gén. *Mas-*
son, éd., Paris.

VIALLEFON. — Traitement du spasme facial par les in-
jections d'alcool, technique de Gérard. *Bull.*
Soc. Sc. Méd. et Biol., Montpellier, 19 fév. 1932.

VALUDE. — *Ann. d'Oc.* 133, 1905, p. 436-439.

— *Bull. Ac. Méd.*, 1908, p. 607.

VINCENT (Cl.). et DEREUT. — *Bull. S. O.*, Paris 1926, p.
202-208.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la thèse ayant pour titre :
Le Traitement du Blepharospasme
par les injections d'alcool
par Robert DELORD

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression
Montpellier, le 6 Novembre 1939
le Professeur, DEJEAN

Vu :
Montpellier, le 6 Novembre 1939
le Doyen,
EUZIÈRE

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 8 Novembre 1939
le Recteur,
PARISELLE

